

MedWiki-DZ (<https://www.medwiki-dz.com/>)

Endoscopie bronchique interventionnelle dans le cancer bronchique

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:34

MedWiki-DZ :

Endoscopie bronchique interventionnelle dans le cancer bronchique

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:endoscopie_interventionnelle_dans_le_cancer_bronchique

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:34** - Imprimé le : **2026/01/24 15:38**



Table des matières

Endoscopie bronchique interventionnelle dans le cancer bronchique	1
Endoscopie bronchique interventionnelle dans le cancer bronchique	3
1. Introduction	3
2. Écho-endoscopie diagnostic	3
3. Bronchoscopie rigide	3
3.1. Principe	3
3.2. Laser	4
3.3. Thermocoagulation haute fréquence	4
3.4. Cryothérapie	4
3.5. Curiethérapie à haut débit	5
3.6. Prothèses endobronchiques	5
4. Conclusion	6

Endoscopie bronchique interventionnelle dans le cancer bronchique

1. Introduction

- Endoscopie rigide $\Rightarrow$ permet de faire face aux situations que peut provoquer la présence d'une tumeur en endobronchique
- Résection mécaniques et bonne hémostase
- Surtout pour rétablir le confort respiratoire (souvent la seule solution) qui permet la mise en route des traitements et d'améliorer la qualité de vie
- Geste palliatif, répétibilité

2. Écho-endoscopie diagnostic

- Endoscope + sonde d'échographie miniaturisée à son extrémité
- Permet des ponction écho-guidées en temps réel
- Explore les stations : 2, 3P, 4, 7, 10, 11, 12 ; et les lésions au contact de l'arbre trachéo-bronchique
- **Modalités :**
 - Sous anesthésie locale ou générale
 - Aiguille 21 ou 22 G
 - Prélever au moins stations 4 et 7, si ADP ≥ 5
 - Prélever dans l'ordre les sites N3, N2 puis N1 (éviter les contaminations)
 - 3 prélèvements au moins par ADP $\Rightarrow$ sensibilité 95,3%, VPN 97,6%
 - Peut être couplée avec écho-endoscopie œsophagienne (EBUS+EUS) $\Rightarrow$ staging plus complet (stations 8, 9, plus rarement 5, 6)
- **Complications :**
 - Technique sûre, peu de complications rapportées ($< 1\%$) : PNO, abcès, médiastinite, hémopneumothorax, un seul cas de décès

3. Bronchoscopie rigide

3.1. Principe

- Geste thérapeutique et diagnostic : obstructions, sténoses trachéales, fistules des VA, corps étrangers, ponction trans-bronchique d'ADP

- Différentes techniques de désobstruction mécanique : thermocoagulation, cryothérapie, prothèses
- Se fait en salle d'opération, sous AG (adaptée à chaque patient) ; FiO₂ à 40% si utilisation du laser, si non à 100%
- Diamètre important ⇒ bonne visualisation, aspiration de gros calibre, introduction d'instruments de relative grande taille

3.2. Laser

- Permet désobstruction par destruction des bougeons exophytiques
- Selon longueur d'onde : carbonise, vaporise ou coagule
- Le plus répandu est le **laser Nd YAG** : détruit par vaporisation et carbonisation, mais est peu coagulant ; rapidement efficace car pénètre les tissus sur plusieurs millimètres
- **Indications :**
 - Généralement non indiqué pour les carcinomes in situ et micro-invasif (pénétration difficilement contrôlable du faisceau) ⇒ de moins en moins utilisée
- **Complications :**
 - Risque majeur = perforation ; l'effet maximal se fait en profondeur et est peu appréciable en surface

3.3. Thermocoagulation haute fréquence

- Sondes monopolaires appliquant un courant haute fréquence ⇒ échauffement des tissus (70-100°C) ⇒ destruction en surface
- Technique simple, rapide, peu coûteuse
- **Indications :**
 - Risque hémorragique important : déshydrater la surface avant résection mécanique ou biopsie
 - Contrôler un saignement persistant
 - Traitement des carcinomes in situ non circonférentiels
- **Complications :**
 - Sténoses bronchiques si utilisation circonférentielle
 - Risque de perforation en mode section, négligeable en mode coagulation douce

3.4. Cryothérapie

- Technique de congélation avec une cryode reliée à une source de protoxyde d'azote comprimé, l'amenant à -89,5°C
- Action retardée : nécrose tissulaire sur une profondeur de 3 à 5 mm et chute d'escarre en 8 à 15 jours
- Deux à 3 séances sont souvent nécessaires
- **Indications :**

- Lésions tumorale bourgeonnante sans caractère urgent
- Surtout carcinomes in situ et micro-invasifs
- Traitement du pied d'implantation tumoral après résection mécanique du bourgeon
- **Complications** : risque faible
 - Hémorragies liées à l'évolution tumorale
 - Fièvre dans les suites
 - Obstruction par rétention de débris tissulaires (toilette bronchique 8-10 jours après peu être utile)
 - Aucun risque de sténose ou de perforation (le tissu conjonctif et cartilagineux sain est résistant au froid)

3.5. Curiethérapie à haut débit

- Placer un cathéter vecteur en bronchoscopie souple, dans lequel l'iridium 192 est déplacé pas à pas par ordinateur, afin de respecter la dosimétrie et le temps d'irradiation
- Un séance par semaine, 1 à 5 séances
- **Indications** : efficace dans le traitement des carcinomes in situ et des micro-invasifs
- **Complications** :
 - Sténose radique, perforation bronchique
 - Hémoptysie massive retardée (7%), souvent fatale, due aux lésions radiques ou à l'évolution du cancer

3.6. Prothèses endobronchiques

- Placées sous bronchoscopie rigide
- Prothèses en silicone ou métalliques couvertes (film plastique ou silicone, qui éviter l'envahissement de la prothèse à travers les mailles par la tumeur évolutive)
- **Indications** :
 - Présence ou persistance après désobstruction, d'une réduction de calibre de plus de 50%
- **Complications** : peu fréquentes
 - Pas de toux, ni de dyspnée, ni d'infection, ni de migration (rare) quand elle est bien placée
 - Encombrement par les sécrétions bronchiques est plus fréquent (surtout si AEG) ⇒ fluidification (aérosols de SSI 3x/j), mucolytiques ⇒
 - Seule contre-indication formelle : présence d'une trachéotomie (assèchement des sécrétions par l'air sec directement inhalé)
 - Granulomes obstructifs ou hémorragiques à plus long terme

4. Conclusion

- Place incontestable et complémentaire dans le diagnostic et la thérapeutique des cancers bronchiques
 - Indication principale : dyspnée par obstruction
 - Nécessite organisation rigoureuse et équipe formée
-

— *Résumé basé sur le cours de Dr A. Ketfi (2018)*